

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1891

THÈSE

No

222

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

*Présentée et soutenue le Jeudi 11 Juin 1891, à 1 heure*

Par FERNAND BIOLET,

Né à Fontaine-les-Croisilles (Pas-de-Calais), le 5 Décembre 1866.

QUELQUES CONSIDÉRATIONS

SUR LE

MUTISME HYSTÉRIQUE

*Président : M. DEBOVE, professeur.*

*Juges : MM. { LABOULBÈNE, professeur.  
BALLET et NETTER agrégés.*

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

1891



Digitized by the Internet Archive  
in 2026

[https://archive.org/details/IA41554032\\_0039](https://archive.org/details/IA41554032_0039)

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1891

THÈSE

No

222

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

*Présentée et soutenue le Jeudi 11 Juin 1891, à 1 heure*

Par FERNAND BIOLET,

Né à Fontaine-les-Croisilles (Pas-de-Calais), le 5 Décembre 1866.

QUELQUES CONSIDÉRATIONS

SUR LE

MUTISME HYSTÉRIQUE

*Président : M. DEBOVE, professeur.*

*Juges : MM. { LABOULBÈNE, professeur.  
BALLET et NETTER agrégés.*

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

1891

# FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

|                                                                    |                   |
|--------------------------------------------------------------------|-------------------|
| <b>Doyen</b> ..... M.                                              | <b>BROUARDEL.</b> |
| <b>Professeurs</b> .....                                           | MM.               |
| Anatomie.....                                                      | FARABEUF.         |
| Physiologie.....                                                   | CH. RICHEL.       |
| Physique médicale.....                                             | GARIEL.           |
| Chimie organique et chimie minérale.....                           | GAUTIER.          |
| Histoire naturelle médicale.....                                   | BAILLON.          |
| Pathologie et thérapeutique générales.....                         | BOUCHARD.         |
| Pathologie médicale.....                                           | DIEULAFOY.        |
| Pathologie chirurgicale.....                                       | DEBOVE.           |
| Anatomie pathologique.....                                         | LANNELONGUE.      |
| Histologie.....                                                    | CORNIL.           |
| Opérations et appareils.....                                       | MATHIAS DUVAL.    |
| Pharmacologie.....                                                 | TILLIAUX.         |
| Thérapeutique et matière médicale.....                             | REGNAULD.         |
| Hygiène.....                                                       | HAYEM.            |
| Médecine légale.....                                               | PROUST.           |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie.....                    | BROUARDEL.        |
| Pathologie expérimentale et comparée.....                          | LABOULBENE.       |
|                                                                    | STRAUS.           |
|                                                                    | SEE, (G.)         |
| Clinique médicale.....                                             | POTAIN.           |
|                                                                    | JACCOUD.          |
|                                                                    | PETER.            |
|                                                                    | GRANCHER.         |
| Maladies des enfants.....                                          | BALL.             |
| Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale..... | FOURNIER.         |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques ..                 | CHARCOT.          |
| Clinique des maladies du système nerveux.....                      | VERNEUIL.         |
| Clinique chirurgicale.....                                         | LE FORT.          |
|                                                                    | DUPLAY.           |
| Clinique des maladies des voies urinaires.....                     | LE DENTU.         |
|                                                                    | GUYON.            |
| Clinique ophthalmologique.....                                     | PANAS.            |
| Clinique d'accouchement.....                                       | TARNIER.          |
|                                                                    | PINARD.           |

## Professeurs honoraires

MM. A. RICHEL, SAPPEY, HARDY, PAJOT.

## Agrégés en exercice.

| MM.          | MM.        | MM.               | MM.             |
|--------------|------------|-------------------|-----------------|
| BALLET.      | GILBERT.   | NETTER.           | RICARD.         |
| BAR.         | GLEY.      | POIRIER, chef des | ROBIN (Albert). |
| BLANCHARD.   | HANOT.     | travaux anatomi-  | SCHWARTZ.       |
| BRISAUD.     | HUTINEL.   | ques.             | SEGOND.         |
| BRUN.        | JALAGUIER. | POUCHET.          | TUFFIER.        |
| CAMPENON.    | KIRMISSON. | QUENU.            | VILLEJEAN.      |
| CHANTEMESSE. | LETULLE.   | QUINQUAUD.        | WFISS.          |
| CHAUFFARD.   | MARIE.     | BETTERER.         |                 |
| DEJERINE.    | MAYGRIER.  | REYNIER.          |                 |
| FAUCONNIER.  | NELATON.   | RIBEMONT-DESS.    |                 |

Secrétaire de la Faculté : CH. PUPIN.

Par délibération en date du 6 décembre 1793, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA GRAND'MÈRE  
ET A MON GRAND-PÈRE DELPORTE.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE.

A MA SŒUR ET A MES FRÈRES.

A MES PARENTS.

A MES AMIS.

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :  
MONSIEUR LE PROFESSEUR DEBOVE,

Médecin de l'hôpital Andral,  
Chevalier de la Légion d'honneur.

# I

Depuis que M. le professeur Charcot (1) nous l'a fait connaître dans tous ses détails, le mutisme hystérique est devenu une affection relativement fréquente. Le tableau que le savant maître de la Salpêtrière en a tracé, restera toujours vrai. Aussi allons-nous le décrire rapidement pour qu'on puisse mieux se rendre compte des caractères particuliers de nos observations.

« Dans la grande majorité des cas le mutisme hystérique débute brusquement. Il survient à la suite d'une frayeur, d'une émotion vive de nature quelconque ; on le voit se produire parfois au sortir d'une attaque hystérique ; ou bien encore sans cause provocatrice apparente, dans le cours de l'aphonie hystérique.

« La durée est extrêmement variable : tantôt de quelques heures, de quelques jours à peine, on l'a vu s'étendre à des mois, à des années même.

« La guérison est constante et la disparition du mutisme est le plus souvent aussi soudaine qu'en avait été l'apparition. Elle survient donc brusquement, et, comme devant, à la suite d'une vive émotion. Les récurrences sont fréquentes. »

(1) Charcot. *Leçons sur les maladies du système nerveux*, t. III, p. 424.

pagnée par une paralysie faciale avec trismus et contractures musculaires diverses. En somme il existe actuellement 26 observations de mutisme hystérique. On en trouve 20 dans le mémoire de M. Cartaz, 3 dans les leçons de M. le professeur Charcot et 3 dans notre travail.

Nous tenons, avant de terminer, à remercier M. le docteur Joffroy de l'obligeance qu'il a mise à nous faciliter ce travail.

Nous remercions aussi M. Critzman, interne des hôpitaux, de la bienveillance qu'il nous a montrée, en nous suggérant l'idée de cette thèse et en nous guidant de ses conseils.

Que M. le professeur Debove veuille bien agréer nos sincères remerciements pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse.

---

## INTRODUCTION

---

Il nous a été donné d'observer, dans le service de M. le docteur Joffroy, un cas de mutisme hystérique chez une jeune malade choréique et hémiplégique en même temps. Ce mutisme présentait certains caractères qui ne se retrouvent pas, croyons-nous, dans les descriptions classiques. Aussi nous nous décidâmes à prendre cette observation comme le point de départ de notre travail inaugural. D'ailleurs, depuis le mémoire de M. Cartaz qui date de 1886, à peu près contemporain de la leçon de M. Charcot sur le même sujet, il n'y a pas eu de travail de fait, que nous sachions, sur le mutisme hystérique. Même les observations n'abondent point dans la littérature médicale. Dans ses *Leçons du mardi* (1887-88), M. le professeur Charcot présente trois malades atteints de mutisme hystérique; mais avant lui Dutil publie, la même année, dans la *Gazette Médicale de Paris*, une observation où le mutisme était compliqué d'une contracture partielle de la langue. Enfin, nous trouvons dans le n° 10 de *Deutsche Medicinische Wochenschrift* 1890, une observation de Strassmann, portant sur une aphonie hystérique, accom-

Cette description, qui consacre le type clinique parfait du mutisme hystérique, doit nécessairement subir, pour être appliquée aux malades qu'on rencontre, des modifications de détails, qui ne sauraient rien enlever à la valeur de l'ensemble. C'est ainsi que M. Cartaz (1), dans un mémoire important, a pu réunir une vingtaine de cas qui rentrent à quelque chose près dans cette première description. M. Charcot, qui a inspiré ce travail, reprend dans ses leçons ces déviations du type clinique. Or, il résulte du travail de M. Charcot et de M. Cartaz, que dans le mutisme hystérique il y a en même temps de l'aphonie et de l'aphasie. Ces deux phénomènes peuvent exister à l'état dissocié. L'aphonie hystérique simple, la paralysie d'un des groupes de muscles du larynx serait, d'après M. Cartaz, très fréquente. Le mutisme, au contraire, est relativement rare.

Dans le mutisme hystérique, le malade est maître de sa langue et de ses lèvres, tant qu'il ne s'agit pas d'articuler. La langue a conservé sa mobilité agile ; le malade peut souffler, siffler comme à l'état normal, mais il lui est impossible d'articuler un mot, même à voix basse, de chuchoter autrement dit. Dans l'aphonie hystérique simple les choses ne se passent pas ainsi. Dans ce cas les malades sont, en effet, dans l'impossibilité d'émettre des sons élevés, mais

(1) Cartaz. *Du Mutisme hystérique*. *Progrès médical*, 1886, n<sup>os</sup> 7, 8, 9.

ils se font parfaitement comprendre en chuchotant, en parlant à voix basse.

Or, Marey en 1876, Boudet (1) en 1879, ont démontré que dans le chuchotement le larynx n'intervient pas, les cordes vocales n'entrant pas en vibration. L'absence de ce phénomène caractérise le mutisme hystérique. Si l'individu muet, dit M. Charcot, ne peut chuchoter, ce n'est, pas bien entendu, parce qu'il est aphone, ou mieux parce que son larynx ne vibre pas ; ce n'est pas parce qu'il a perdu les mouvements vulgaires de la langue et des lèvres, c'est parce qu'il lui manque désormais la possibilité d'exécuter les mouvements propres, spécialisés, pour l'articulation des mots ; il est privé, en d'autres termes, des représentations motrices nécessaires pour la mise en jeu du mécanisme de la parole articulée.

Le mutisme hystérique est donc un phénomène déjà intéressant en lui-même ; mais cet intérêt augmente lorsqu'il s'accompagne d'accidents comme dans les quatre observations qui vont suivre :

(1) Boudet. Académie des Sciences, 1879.

## II

### OBSERVATION I ( inédite ).

( Due à l'obligeance de M. Critzman, interne des hôpitaux. )

*Chorée hystérique ; Paraplégie hystérique ; Mutisme ; Guérison.*

La nommée Anna D..., âgée de 17 ans, entre dans le service du docteur Joffroy, à la Salpêtrière, le 30 novembre 1890, pour un tremblement occupant surtout le membre supérieur droit.

*Antécédents héréditaires.* — Nuls.

*Antécédents personnels.* — La malade déclare s'être toujours très bien portée. Elle apprenait sans difficulté et était une des premières de sa classe. Réglée à 13 ans, régulièrement jusqu'en septembre 1890, où il y a eu interruption d'un mois. Dysménorrhée légère.

Le 22 juin 1890, étant allée couper du bois à la cave, un chat lui a sauté sur le dos ; elle a eu grand'peur et s'est mise à trembler immédiatement. Le tremblement ne siégeait que dans le membre supérieur droit. Ce tremblement, qui cessait pendant le sommeil, a duré quatre mois et demi ; l'amélioration se fit à la suite d'un séjour à Lourdes, mais le tremblement ne disparut qu'à la suite d'une neuvaine faite, à l'instigation des sœurs de l'hôpital homéopathique des Ternes, et consacrée au Père Boyre, missionnaire martyr et béatifié.

Tout alla bien, lorsqu'au bout de trois semaines la malade, à la suite d'une querelle avec une de ses compagnes, se remit à trembler.

La malade déclare en outre n'avoir jamais eu d'attaque de nerfs.

*État actuel.* — La malade, d'apparence un peu chétive, est d'une constitution normale. Le membre supérieur droit, légèrement raidi, est animé d'un tremblement à grandes oscillations. L'avant-bras se fléchit sur le bras. Elle fait le geste de s'éventer, mais le poignet ne se fléchit pas d'une manière indépendante. Dans les actes volontaires, lorsque la malade s'applique à écrire par exemple, le tremblement diminue d'intensité.

La jambe droite tremble également. Le pied droit se déplace à droite et à gauche autour du talon comme centre. En outre, le membre inférieur droit présente une certaine raideur; la malade ne peut le soulever, et cette impotence s'accompagne de douleurs dans le genou, surtout exagérées lorsqu'en fléchit la jambe sur la cuisse.

En la faisant marcher, on observe que la malade porte tout le poids de son corps sur le côté gauche; le pied droit reste en arrière du pied gauche, qui se détache franchement du sol; le pied droit au contraire reste inerte, il frotte, il balaye le sol.

Les réflexes sont normaux. Le réflexe pharyngien est seul aboli. Il existe en même temps un rétrécissement concentrique du champ visuel et une hémianesthésie droite complète, absolue par places, relative dans d'autres. Anesthésie conjonctivale du même côté; anesthésie totale du voile du palais.

La malade, examinée couchée, présente la moitié gauche du corps absolument normal. Le côté droit seul, comme nous l'avons déjà dit, était pris.

Le membre droit était paralysé, mais non flasque; lorsqu'on voulait lui communiquer certains mouvements, on sentait une résistance notable due à la contracture des muscles fémoro-jambiers droits.

Le bras droit continuellement animé du mouvement

rythmique que nous avons décrit, était également parésié. La malade ne pouvait le bouger, l'élever, prendre un objet que dans certaines limites. Pendant ces actes volontaires, le tremblement diminuait d'intensité. Il disparaissait complètement pendant le sommeil, pour reprendre au réveil et s'exagérer au moment d'une émotion, comme l'approche du médecin ou d'une personne étrangère, par exemple.

Les choses allèrent ainsi jusqu'au 4 février 1891, lorsque d'atroces douleurs de tête survinrent. Ces douleurs occupaient toute la surface de la calotte crânienne. Elles durèrent toute la journée. Vers le soir, la malade, voulant se lever de son fauteuil pour s'approcher d'une fenêtre, faillit tomber à cause de la paralysie de sa jambe droite.

La malade, profondément émotionnée, voulut crier ; mais, à son grand effroi, elle s'aperçut qu'elle ne pouvait émettre aucun son.

Nous la vîmes le lendemain matin.

5 février. La malade est assise sur une chaise ; l'avant-bras droit fléchi, sur le bras, est maintenu contre la poitrine par la main gauche. Dans cette position, la malade tremble peu. Nous l'interrogeons, la malade nous fait signe qu'elle ne peut répondre. Dans les efforts qu'elle fait pour parler, des bruits sourds parfois, stridents d'autres fois, échappent de son larynx. Après un certain travail, elle arrive à dire ta-ta-ta, qu'elle répétera incessamment toutes les fois qu'on lui posera une question.

Elle comprend très bien ce qu'on lui dit ; elle indique rapidement les objets que nous lui nommons et qui se trouvent à sa proximité. Elle n'a donc point de surdité verbale.

Elle comprend en outre tout ce que nous lui soumettons par écrit. On lui écrit sur une feuille de se lever et de montrer comment elle avait failli tomber la dernière fois et elle

exécute ponctuellement ce qu'on vient de lui demander par écrit. Elle n'a donc non plus de cécité verbale.

Les mouvements choréiques de sa main droite l'empêchent d'écrire, ou du moins elle écrit fort difficilement ; son tremblement fait que les mots qu'on lui dicte, prennent sur le papier des formes bizarres et une direction au gré des sauts qu'exécute sa main. En tout cas, nous constatons que les mouvements nécessaires à l'écriture d'un mot dicté n'ont point disparu. La malade, ayant donc conservé l'image motrice graphique des mots, n'est point atteinte d'agraphie.

Notons, en outre, que l'œil de la malade est vif, intelligent. La langue peut se mouvoir aisément dans toutes les directions ; il n'existe aucune déviation de la face ; la déglutition et la respiration sont normales.

Les mouvements des lèvres et de la langue, qui constituent le chuchotement, ont également disparu. Voici d'ailleurs comment les choses se présentent :

On dit à la malade de faire les mouvements des lèvres, nécessaires à l'articulation des labiales ; malgré ses efforts, la malade n'y arrive point ; alors nous faisons mouvoir nos lèvres comme pour prononcer la lettre *b*, *p*, la malade regarde attentivement les mouvements de nos lèvres et arrive à les imiter à la perfection ; en les imitant, nous lui demandons ce que peuvent signifier les mouvements de ses lèvres. Est-ce un *t* ? signe de dénegation. Est-ce un *p* ? signe de dénegation. Est-ce un *b* ! signe affirmatif assez joyeux d'ailleurs. La malade distingue, suivant le degré de constriction de nos lèvres et des siennes ensuite par imitation, qu'il s'agit d'un *b* et non d'un *p* et réciproquement.

Il en est ainsi presque pour toutes les lettres qui exigent des gestes lingo-labiaux assez caractéristiques et surtout bien visibles.

Nous prions la malade de siffler, elle ne peut pas parce qu'elle n'a jamais été à même de le faire ; en revanche, elle exécute normalement l'acte de souffler. Elle souffle facilement une bougie.

Ce mutisme dura, de la manière dont nous l'avons esquissée, les 4, 5, 6 et une partie du 7 février. Vers les quatre heures de ce jour, la malade s'est mise tout à coup à parler. Ce passage du mutisme le plus absolu à la plus grande loquacité se fit sans aucune transition possible. Il y eut la même brusquerie dans le recouvrement de la parole que dans la perte totale.

Quant aux mouvements choréïques de son bras droit et de la paralysie du membre inférieur du même côté, il n'y eut pas grand changement.

Le 10 avril, la malade est immobilisée au lit avec un aimant en contact perpétuel avec son avant-bras et six jours après la malade pouvait se servir de sa main droite pour travailler, broder et écrire.

L'aimant est alors appliqué dans les mêmes conditions sur la jambe droite paralysée, et le 20 avril la malade sort complètement guérie de tous les accidents hystériques qu'elle avait présentés.

Notre observation présente à considérer le mutisme survenu chez une hystérique au cours de certains accidents assez graves en apparence, chorée et paralysie motrice. Ce mutisme a dans son début tous les caractères classiques. Son apparition est soudaine, et due à une frayeur peu considérable en somme, l'imminence d'une chute, évitée d'ailleurs.

La perte de la parole est totale, et la phonation

est abolie en même temps et aussi brusquement que la parole.

Donc rien de plus classique quant au début ; mais les autres phénomènes s'en écartent légèrement ; l'aphonie motrice n'est pas absolue chez notre malade. Elle peut dire, en faisant de grands efforts, *ta, ta, ta*, d'une voix très distincte ; l'aphonie n'est donc pas absolue. Le mutisme ne peut donc être attribué à une paralysie quelconque des muscles du larynx. S'il en était ainsi, la malade ne pourrait émettre aucun son. Or, elle dit très clairement *ta, ta, ta*, comme réponse à tout ce qu'on lui demande. Il s'agit donc bien ici d'un phénomène central, d'un trouble cérébral d'origine hystérique.

Cette aphonie motrice se rapproche de l'aphonie motrice organique. Si dans celle-ci l'effacement des représentations motrices peut être complet, le plus souvent les malades, qui en sont frappés, conservent l'émission de quelques syllables, dont ils se servent à tout propos. Or notre malade disait, difficilement il est vrai, *ta, ta, ta* ; et dans ce cas l'hystérie simulait très bien les aphonies motrices organiques d'une nature assez grave.

En somme, cette malade présentait à un moment donné trois symptômes principaux : hémiplégie et hémichorée droite accompagnées d'une aphonie motrice grave ; si cette malade avait eu une paralysie du facial inférieur droit, le tableau eût été complet ; on aurait pu penser, sous bénéfice d'inventaire, il est vrai, à une hémiplégie symptomatique

d'une lésion cérébrale. D'autant plus que, lorsque dans les hémiplegies organiques, l'hémichorée est précoce, elle s'accompagne presque fatalement d'hémianesthésie, et que dans certaines conditions elle peut présenter au repos des caractères presque rythmiques, qui disparaissent à l'occasion des mouvements volontaires.

Cependant il est bon d'ajouter que l'hémichorée des hémiplegiques survient le plus souvent quand l'hémiplegie commence à guérir ou a complètement disparu. Or, dans notre cas, l'hémiplegie et l'hémichorée, limitées au bras seulement, ont apparu en même temps.

Un autre caractère du mutisme de notre malade est la possibilité d'imiter les mouvements que font les lèvres et la langue pour la prononciation des consonnes. Nous faisons des lèvres la lettre *b* ou *p*, la malade imitait ces mouvements sans hésitation et chuchotait par conséquent ces consonnes, qu'elle reconnaissait de cette manière. Il lui était impossible de chuchoter un mot, quelque simple et court qu'il fût.

Or la persistance, même partielle, de la faculté de chuchoter est très rare dans le mutisme hystérique ; nous ne la trouvons point consignée dans aucune des vingt observations de M. Cartaz, ni dans celles de M. Dutil et de M. Strassmann, que nous consignons plus loin.

## OBSERVATION II

(A. Strassmann. Deutsche med. Wochensch. 6 mars 1890).

*Aphasie hystérique associée à de la paralysie faciale et à du trismus.*

Il s'agit d'un garçon âgé de 8 ans, dépourvu de toute hérédité morbide. L'enfant n'aurait jamais eu autre chose que certaines ulcérations de la nuque pendant la première enfance. Il n'aurait jamais présenté d'accidents nerveux, mais les parents se plaignent du peu de progrès que fait l'enfant dans ses études, malgré son intelligence assez vive.

Sa tante, qui le garde depuis deux ans environ, fut réveillée dans la nuit du 13 au 14 janvier, par un bruit particulier, râlant, et venant du petit garçon. Arrivée au lit de l'enfant, elle trouva celui-ci assis, les yeux grandement ouverts, le regard fixe. Aux questions posées, l'enfant ne répondait rien, même lorsqu'il était devenu plus calme et qu'il avait repris un aspect moins ahuri. Les parents ne savaient à quoi attribuer ce mutisme survenu si brusquement.

Lorsque je vis l'enfant, une demi-heure environ après l'accès, il me fut impossible d'en tirer un mot. Il avait cependant l'air de très bien comprendre ce que je lui disais.

A un examen plus approfondi, je constate une paralysie faciale droite très accusée. La moitié droite de la face est lisse, comme repassée, la bouche est déviée à gauche. Cette déformation de la face est encore plus évidente, lorsqu'on fait rire le petit malade en le chatouillant. Les pupilles réagissent normalement à la lumière et l'occlusion des paupières est normale des deux côtés. La langue est retournée dans la

bouche, la pointe dirigée vers la voûte palatine, sans être déviée de la ligne médiane. Voulant me rendre compte de cette position bizarre de la langue, j'observai que les mâchoires à peine entr'ouvertes étaient immobilisées spasmodiquement et ne pouvaient être écartées que violemment, pour reprendre leur position primitive une fois l'effort disparu. Il est impossible d'examiner la bouche et le pharynx.

Dans le décubitus dorsal, avec les membres inférieurs légèrement fléchis, la tête et la face sont déviées à gauche. Il est assez facile de tourner la tête à droite, mais celle-ci reprend, dès qu'elle est abandonnée à elle-même, sa position primitive. Les muscles de la nuque sont fortement contracturés du côté gauche. Les sterno-mastoïdiens ne sont point contracturés.

Les membres supérieurs semblent normaux; cependant, dans les mouvements communiqués, on rencontre une certaine résistance dans leurs muscles, surtout lorsqu'on veut les étendre. Les doigts sont fortement fléchis et contracturés.

Les membres inférieurs sont en contraction spasmodique. Les jambes, fléchies sur les cuisses et celles-ci légèrement sur le tronc, ne peuvent être étendues qu'après un effort assez violent. La contraction musculaire cède d'une manière progressive et non pas subitement. Le reste du système musculaire du corps est absolument normal. La sensibilité semble conservée; il y a une zone d'anesthésie au niveau de la moitié paralysée de la face.

Rien du côté des autres organes, du poulx, du cœur et de la température, Pas d'incontinence des matières. Traitement indifférent.

Le lendemain, dix heures à peine après l'accident, tous ces symptômes alarmants avaient complètement disparu. Plus de paralysie faciale, plus de trismus, plus de contracture. Le mutisme est devenu de la loquacité, sans bégaiement, sans

hésitation, sans aucun autre trouble. Le petit paraissait fier de l'attention générale, et raconta que deux ans auparavant il avait déjà eu un pareil accès de mutisme ; il se rappelait en outre assez bien les événements de la nuit précédente.

La tante nous déclare que l'enfant avait recouvré la parole quatre à cinq heures après le début des accidents.

L'ensemble des symptômes présentés par le petit malade suggère à l'auteur certaines réflexions intéressantes. Étant donnés, dit-il, de la contracture dans les différents muscles, et spécialement dans les muscles des extrémités, du trismus, une diminution de l'irritabilité réflexe accompagnée de paralysie faciale et d'aphasie, de quelle maladie peut-il s'agir ?

L'épilepsie doit être éliminée tout d'abord, de même que la simulation. Au contraire, l'éclampsie est plus difficile à repousser. Car, en somme, nous sommes ici en présence de phénomènes spasmodiques, éclamptiques pouvant s'accompagner d'aphasie. Cependant dans ces cas d'éclampsie, les spasmes musculaires de même que l'aphasie plus ou moins accusée, ne sont que la conséquence nerveuse des troubles digestifs graves, accompagnés de fièvre, de vomissements et de diarrhée. Dans le cas de Strassmann rien de tout cela ; d'abord les phénomènes éclamptiques n'évoluent point de cette manière, et en outre, la paralysie faciale dans l'éclampsie est encore à démontrer. Strassmann est donc dans la bonne voie, lorsqu'il attribue tout le complexe symptomatique,

qu'il a observé, à l'hystérie, qui n'est pas très rare chez les enfants. D'ailleurs, l'apparition et la disparition brusque des phénomènes morbides ne sauraient laisser aucun doute à cet égard.

L'observation suivante de Dutil rappelle en quelques points le cas de Strassmann.

### OBSERVATION III

*Mutisme hystérique avec contracture partielle de la langue.*

(Dutil. *Gazette méd.* de Paris, 1887, p. 208.)

La nommée G... Léontine, âgée de 22 ans, est entrée le 21 mars 1887 à l'hôpital Necker, salle Sainte-Adélaïde, service de M. le professeur Peter.

Ses antécédents de famille ne présentent rien à noter au point de vue de l'hérédité nerveuse; les grands parents, morts dans un âge très avancé, avaient une santé parfaite; sa mère est morte à 68 ans d'une tumeur du rein, elle n'avait jamais eu de crise de nerfs; c'était une robuste paysanne, pas nerveuse.

Son père vit encore; sa santé a toujours été bonne; il n'est pas alcoolique. La malade a deux frères et six sœurs; à l'exception d'une sœur qui habite Paris, ils vivent à la campagne et travaillent la terre; ils sont tous robustes et bien portants. Aucune de ses sœurs n'a présenté de troubles nerveux, ni convulsions, ni pertes de connaissance, ni hypochondrie, etc.; il n'y a pas eu d'aliéné dans la famille. La malade s'est montrée très affirmative sur tous ces points.

Voici son histoire personnelle dans ses principaux traits :

Jusqu'à l'âge de 20 ans, G... a vécu à la campagne, travaillant aux champs, toujours bien portante. Réglée à 12 ans, elle devint grosse dans le cours de sa vingtième année. Elle n'était pas mariée. Elle accoucha à terme, sans accidents puerpéraux d'aucune sorte, et nourrit son enfant jusqu'au septième mois. C'est alors qu'elle quitta le domicile de ses parents pour venir à Paris, où elle avait trouvé un emploi de nourrice. Après le sevrage de son deuxième nourrisson, elle se plaça comme cuisinière dans une maison bourgeoise.

Quelques mois après, ses règles devinrent très abondantes ; bientôt elle eut des hémorrhagies dans les périodes intercalaires. Elle s'affaiblit progressivement et dut cesser de travailler. Comme les pertes se reproduisaient toujours, elle entra à l'hôpital Necker, le 20 juillet 1886, dans le service de M. le professeur Potain. Elle raconte qu'on lui « enleva un polype de la matrice » et qu'à la suite de cette opération elle fut prise de vives douleurs dans le bas-ventre, qu'on lui fit des applications de glace, puis de cataplasmes laudanisés, etc... Elle resta alitée pendant deux mois et demi, après quoi elle se rétablit complètement et reprit son travail.

Au sortir de cet accident, les règles reparurent d'abord normales et régulières. Mais le 16 mars 1887, comme elle avait ses règles depuis la veille, à la suite d'ablutions froides l'écoulement cataménial fut brusquement supprimé. Le lendemain dans la matinée la malade se sentit fatiguée, elle éprouvait des douleurs vagues dans le ventre. Elle déjeuna sans appétit, puis elle étouffait. Le même jour, à 9 heures du soir, comme elle travaillait dans sa cuisine, cet état de malaise vague qui l'avait tourmentée tout le jour, s'accrut rapidement et, brusquement, elle fut prise de convulsions. C'était « sa première attaque de nerfs ».

Jusque-là, en effet, la malade n'avait présenté aucun trouble pouvant se rattacher à l'hystérie. Elle n'était rien moins que nerveuse. D'une intelligence au dessous de la moyenne, peu émotive, elle raconte son histoire de fille, séduite et abandonnée, avec un calme et une indifférence absolue, et lorsqu'on lui demande si elle a eu des peines, des chagrins, elle répond négativement, presque étonnée de pareilles questions. Jamais elle n'a été irritable, facile à contrarier, pleurant sans motif.

Voici comment elle dépeint sa première attaque de nerfs :

Elle ressentit d'abord une douleur aiguë dans le flanc gauche, puis quelque chose lui serra la gorge en l'étouffant. Son cœur battait avec violence, sa vue se troubla et elle tomba sur le soi en perdant connaissance. Les convulsions durèrent pendant deux heures, après quoi la malade reprit connaissance. Les personnes, qui l'entouraient, lui dirent qu'elle s'était débattue en poussant des cris et qu'on avait dû la maintenir sur un matelas pour l'empêcher de se blesser. Au sortir de cette attaque, elle put parler sans difficulté, se lever et marcher dans l'appartement, mais elle éprouvait toujours une sensation de serrement à la gorge et de suffocation, qui dura toute la nuit et l'empêcha de dormir.

Le lendemain dans l'après-midi, nouvelle série d'attaques de 1 heure à 4 heures.

C'est au sortir de cette seconde crise qu'elle s'éveilla complètement incapable de parler même à voix basse, la bouche entr'ouverte, la langue dépassant un peu les arcades dentaires et serrée contre la commissure labiale gauche. Elle avait toute sa connaissance, entendait fort bien ce qu'on disait autour d'elles, les questions qu'on lui adressait mais ne pouvait y répondre que par gestes. Comme elle avait « les jambes

très raides » elle resta alitée. Tous ces renseignements ont été donnés par la sœur de la malade.

Le surlendemain, elle eut d'autres attaques. Dans l'intervalle de ces crises, elle restait toujours incapable de parler et la langue appliquée sur la commissure gauche des lèvres.

C'est dans cet état qu'elle fut transportée à l'hôpital le 21 mars. En arrivant dans la salle où elle avait déjà été malade, elle fit signe à l'infirmière du service qu'elle la reconnaissait.

Dans la nuit elle eut encore une crise convulsive, et le lendemain, à la visite du matin, elle était dans l'état suivant : en décubitus dorsal, les yeux clos et larmoyants, la bouche entr'ouverte, la langue dépassant largement les arcades dentaires et fortement accolée à la commissure gauche, la tête légèrement inclinée vers l'épaule gauche, les membres dans l'extension.

Il y avait une anesthésie totale superficielle et profonde ; la torsion des jointures, la piqure, etc., laissaient la malade complètement indifférente.

Il n'y avait ni paralysie, ni contracture des membres ; les mouvements provoqués de flexion ou d'extension s'accomplissaient sans raideur, et quand on soulevait soit les bras, soit les jambes, le membre abandonné ne retombait pas inerte à la façon des membres paralysés. De temps à autre, les doigts se fléchissaient brusquement et restaient ainsi contracturés pendant quelques minutes.

Le pouls était régulier et battait 84 fois à la minute.

La température était normale. Ni albumine ni sucre dans les urines. Il fallut sonder la malade, car il y avait de la rétention ; la vessie, distendue, remontait à plus de quatre travers de doigts au dessus du pubis.

Le lendemain 22 mars, l'état de la malade s'était modifié : ses yeux étaient ouverts ; elle suivait du regard les faits et gestes des personnes qui l'entouraient et paraissait comprendre ce qui se faisait autour d'elle, mais elle restait à peu près immobile, inerte, sans contracture des membres ni du tronc. La sensibilité de la peau et des muqueuses avait reparu ; mais au pharynx, l'anesthésie persistait. La langue était toujours déviée et proéminente entre les arcades dentaires, la mâchoire légèrement abaissée et contracturée dans cette attitude. Le mutisme restait complet.

Le 23, la malade avait à peu près recouvré sa motilité. Elle pouvait se déplacer, s'asseoir sur son lit, porter la main dans telle direction qui lui était indiquée, saisir les objets qu'on lui présentait. Elle comprenait fort bien toutes les questions qu'on lui adressait. Quand on l'invitait à répondre, elle levait les épaules et faisait de la tête un signe de dénégation, puis s'impatientait, donnant à entendre qu'il lui était impossible de parler. Quand on l'invitait à parler à voix basse, même silence. Si on la piquait, elle retirait sa main avec un geste de mauvaise humeur ; sa physionomie accusait bien que la douleur était perçue, mais elle ne poussait aucun cri, n'émettait aucun son laryngien. Elle était à la fois aphasique et aphone. Elle ne savait d'ailleurs ni lire ni écrire. Elle ne pouvait répondre que par signes. Pas de zones hystérogènes, ni ovariennes, ni autres.

Cet état de mutisme et cette contracture de la langue et des muscles masticateurs persistèrent les 25 et 26 mars, sans modification aucune.

Le 27, au matin, après massage des régions massétérides, (la malade n'était pas hypnotisable), on lui dit que « certainement elle serait guérie le lendemain et qu'elle commencerait à parler le soir même ». Cette tentative de suggestion réussit

pleinement. Le soir même, la contracture de la langue disparut et la malade prononça quelques paroles, mais avec effort et en bredouillant. Le lendemain, l'amélioration s'accrut, le bégaiement alla s'atténuant et, le surlendemain (29 mars), la malade parlait sans difficulté.

M. Dutil ajoute que le mutisme et la contracture partielle de la langue qu'il a pu observer chez sa malade étaient certainement de nature hystérique parce que l'examen ultérieur lui avait démontré :

1° Un rétrécissement concentrique du champ visuel ;

2° Une diminution très prononcée de l'acuité auditive du côté gauche ;

3° La perte de l'olfaction du côté gauche ;

4° L'absence de toute sensibilité gustative, aussi bien à droite qu'à gauche ;

5° Une anesthésie pharyngienne totale.

Enfin une grande attaque hystérique des plus caractérisées, suivie d'hémi-anesthésie du côté gauche, vint confirmer, si besoin était, la nature hystérique des accidents présentés par la malade de Dutil.

L'observation suivante que nous extrayons du mémoire de M. Cartaz est encore plus instructive.

#### ORSERVATION IV

(Cartaz. *Progrès méd.*, 1886.)

##### *Mutisme hystérique ; Paralysie faciale.*

Larch... Sidonie, âgée de 19 ans, entrée à la Salpêtrière, service de M. Charcot, le 11 avril 1885.

*Pas d'antécédents héréditaires ; Pas d'antécédents personnels.* Cependant la malade se plaignait souvent de douleurs dans la région ovarienne droite.

Le 9 avril, à 10 h. 1/2 du soir, elle éprouve une grande frayeur (elle entre dans une chambre où se mourait une jeune fille). La nuit est agitée avec cauchemars. Le lendemain, à 6 heures du matin, la main droite laisse brusquement échapper le seau à ordures qu'elle descendait dans la rue. Parésie du membre supérieur droit. Elle remonte se coucher. A 10 heures, un médecin qu'on a appelé, constata la perte absolue de la parole ; la malade ne sait ni lire ni écrire.

A son arrivée à l'hôpital, mutisme absolu ; mais la malade comprend ce qu'on lui demande, au moins répond-elle par signes à des questions simples. La commissure labiale est un peu relevée au repos, et surtout quand on la fait sourire ; la langue semble un peu déviée à droite. La malade peut cependant facilement souffler une bougie. Sensibilité un peu émoussée du côté droit. Sens du goût et de l'odorat intacts. L'audition est un peu moins bonne à droite qu'à gauche. Rétrécissement du champ visuel à droite. Pas de dischromatopsie.

Les réflexes du voile du palais sont peu prononcés, degré assez prononcé d'anesthésie du pharynx.

La malade ne peut émettre aucun son; le mutisme est absolu. Il n'existe plus de trace de la parésie du membre droit.

- Le 24 avril, sans aucun traitement, le rétrécissement du champ visuel a disparu; le sens de l'ouïe s'est amélioré; la tension des cordes vocales, incomplète auparavant, se fait plus complètement et la malade dit : « et puis... non ».

26 mai. La malade prononce quelques paroles. Il n'y a plus d'apparence de déviation de la bouche.

Au moment où cette observation fut prise, le cas pouvait prêter à discussion à cause de la déviation de la bouche et de la langue. Or, M. Charcot insistait sur le fait que l'hystérie pouvait frapper de paralysie un grand nombre de territoires nerveux, excepté celui du nerf facial.

Depuis, les choses ont changé. M. Chantemesse (1) a présenté à la Société médicale des hôpitaux trois malades affectés d'une paralysie faciale, qui, pour n'être pas très accentuée, n'en était pas moins incontestable; chez deux de ces malades, elle était double et produisait une sorte de masque facial assez spécial.

M. Ballet, dans la même séance, déclara admettre la nature hystérique de certaines paralysies faciales;

(1) Chantemesse. Trois cas de paralysie faciale hystérique. *Bull. de la Soc. méd. des hop.* Séance du 24 oct. 1890.

mais cliniquement la loi de Todd reste vraie : en disant que la paralysie faciale est rare dans l'hystérie, il a exprimé un fait vrai en ce sens qu'elle ne présente pas ses caractères habituel. « Quand une paralysie faciale est nette et bien classique, il y a gros à parier, dit M. Ballet, qu'on a affaire à une lésion organique. »

Ces paralysies, outre leur aspect ordinairement peu accusé, ont aussi ce caractère d'être mobiles, transitoires, de disparaître du jour au lendemain.

Peu de temps après la communication de M. Chan-temesse, M. Ballet (1) présente à son tour à la Société médicale des hôpitaux un cas de paralysie faciale, dûment hystérique ; elle était variable, elle se modifiait d'un jour à l'autre. Il y avait en même temps des troubles de sensibilité du côté paralysé.

L'observation de M. Cartaz concerne donc bel et bien une hystérique, qui, outre le mutisme, présentait encore une paralysie faciale des plus nettes.

---

(1) Ballet. Paralysie faciale hystérique. *Soc. méd. des hôpitaux*. Séance du 14 novembre 1890.

### III

Le mutisme hystérique constitue la forme la plus pure de l'aphasie motrice type Bouillaud-Broca. Dans le domaine organique, cette variété est extrêmement rare. Chez les hystériques muets, il n'y a ni cécité verbale, ni surdité verbale, ni troubles de l'intelligence. Le malade conserve toute sa lucidité d'esprit. Il comprend et répond aux incitations du dehors avec la justesse des individus normaux. Il se précipite pour ainsi dire sur la plume pour rendre les réponses aux questions qu'on lui pose. Dans l'aphasie organique la plus complète, le malade pousse des cris, émet à haute-voix quelques syllabes, voire même quelques mots, qui n'ont le plus souvent que des rapports fort éloignés avec les idées ou les notions que le malade veut développer.

Dans l'aphasie hystérique le malade est muet et aphone. Notre première observation fait cependant exception, légère il est vrai, à cette règle posée par le professeur Charcot. Notre malade répondait, lorsqu'on le pressait de question, ta-ta-ta, à voix faible mais parfaitement perceptible. Mais là se limitait la ressemblance avec l'aphasie organique contrairement à ce qu'il arrive dans ce cas, notre malade avait son intelligence et sa mimique parfaitement

conservées ; et n'était le tremblement choréique de son bras droit, elle aurait parfaitement écrit. Les données de M. Charcot s'appliquent donc également à notre cas ; notre malade n'avait rien, absolument rien perdu de son éducation antérieure et de son intelligence.

Ces caractères sont importants à connaître, car souvent le mutisme se présente à titre d'accident hystérique solitaire, et si le médecin n'est pas prévenu, il peut parfaitement méconnaître la nature de l'affection qu'il a sous les yeux.

Sur les vingt-trois observations que nous avons examinées, vingt de M. Cartaz et trois à nous, neuf fois le mutisme a été *le seul accident hystérique* ; quatorze fois il était accompagné d'autres manifestations névrosiques, telles que hémiplégie, hémichorée, paralysie de la face, contracture partielle de la langue, etc. Par le fait que le mutisme hystérique peut être monosymptomatique, comme le dit M. Charcot, il importe au plus haut degré d'en connaître les caractères essentiels. Or ces caractères sont les suivants. Nous les devons à M. Charcot et à son élève Cartaz :

*Début.* — Le début du mutisme hystérique est en général soudain. Dans nos observations les malades deviennent muets instantanément. La première perd l'usage de la parole à la suite d'une frayeur futile. Le second se réveille au milieu de la nuit absolument muet, alors que le soir même il n'avait présenté

rien d'anormal. La troisième, la malade de Dutil, perd la parole à la suite d'une attaque d'hystérie. Dans les observations de Cartaz on relève les mêmes détails ; mais dans trois de ces observations (8, 17, 19) l'aphonie existait depuis un certain temps, avant la perte de la parole. Dans un cas de M. Revilliod, cité par Cartaz, il est dit que la phonation allait peu à peu en diminuant, avant de se suspendre tout à fait.

Enfin le mutisme peut survenir spontanément pour ainsi dire, toujours d'une manière subite, mais sans cause accidentelle ou appréciable.

Il existe cependant une autre forme de début. Dans sa leçon du 24 avril 1885, M. Charcot, à propos d'un malade atteint de mutisme hystérique, dit que le bégaiement hystérique est un prodrome fréquent et aussi une conséquence fréquente du syndrome mutisme hystérique. En d'autres termes, le mutisme hystérique est souvent précédé et suivi par le bégaiement hystérique.

Le malade de M. Charcot, se mit à la suite d'une attaque, à bégayer et finit par être absolument muet.

**Période d'état.** — Une fois le mutisme installé, voici comment les choses se passent :

Le malade est dans l'impossibilité de crier, d'émettre un son ; il est aphone, mais il est également aphasique, car il ne peut articuler les mots à voix basse. Le caractère essentiel du mutisme hystérique

typique est donc l'*aphonie*. M. Charcot croit que le muet hystérique est toujours aphone : non seulement il est incapable en général d'articuler un mot, mais de plus il est dans l'impossibilité de proférer un cri, un bruit aigu quelconque ; ce qu'il peut faire, c'est d'émettre une espèce de grognement d'un ton peu élevé, quels que soient ses efforts.

Cette règle est absolument applicable à presque toutes nos observations. Il n'y a guère que la malade de notre première observation, qui pouvait articuler assez distinctement la syllabe *ta* ; sortie de cette syllabe, notre malade était absolument aphone.

Avec l'aphonie, l'aphasie motrice est absolue ; le muet hystérique n'est pas agraphique ; il n'est jamais atteint ni de cécité ni de surdité verbales. Ce sont là des caractères essentiels. Chez les sujets où l'aphasie est la conséquence d'une lésion organique du cerveau, elle s'accompagne presque toujours d'un degré plus ou moins marqué d'agraphie, ou, comme le dit le professeur Charcot, si l'aphasique organique est resté capable d'écrire, ce n'est jamais avec cette décision, avec cette rapidité d'exécution de l'aphasique hystérique.

L'intelligence est absolument conservée. Sitôt qu'on l'interroge, le malade conscient de son incapacité, ne cherche pas à répéter le mot, à essayer une articulation impossible. Il saisit rapidement la plume, le crayon, et rédige par écrit, à la demande, des réponses toujours très nettes, très précises.

Toutefois le mutisme hystérique peut s'accompa-

gner d'un certain degré d'agraphie. M. Charcot en cite un exemple dans ses *Leçons du Mardi* (1) ; il s'agit d'une malade atteinte de mutisme hystérique, qui, à un moment donné de sa maladie, avait présenté une agraphie absolue ; elle ne pouvait traduire sa pensée par l'écriture, parce qu'elle avait oublié, comme elle le dit elle-même, « l'orthographe des mots » ; cette agraphie absolue a cessé rapidement, mais au moment de la présentation de la malade il restait encore quelques traces.

« Ainsi on lui demande ce que c'est que la Salpêtrière, elle écrit : « ho...pice où l'on guérit les malades ». Il y a donc omission et transformation des lettres. On lui demande d'écrire son nom ; à plusieurs reprises elle écrit : « Victironé » au lieu de Victorine ; au lieu d'urgence, elle écrit : « ugence », et reproduit plusieurs fois la même omission. »

Tout cela est de l'agraphie, dit M. Charcot, et ce cas prouve que la caractéristique donnée par M. Charcot (c'est M. Charcot qui parle), du mutisme hystérique, est trop absolue, et qu'il y a des cas où ce genre de mutisme peut se compliquer d'un certain degré d'agraphie.

Le mutisme hystérique peut être le seul accident de toute la période d'état. Cependant il est assez fréquent, soixante fois pour cent environ, de rencontrer sur le même malade d'autres phénomènes né-

(1) Charcot, *Leçons du mardi*, 1887-88, p. 356.

vrosiques. Ces phénomènes sont généralement d'ordre moteur. Il s'agit de paralysies, de monoplégies, de paralysies faciales; tantôt ce sont des contractures, des mouvements choréiques, des déviations actives de la langue; mais ces phénomènes ne viennent que confirmer la nature hystérique du mutisme et rendent son diagnostic d'autant plus facile.

**Marche, durée, terminaison.** — Le mutisme hystérique atteint d'emblée son apogée. Il restera tel qu'il fut au moment de son éclosion soudaine jusqu'à complète disparition. Le mutisme hystérique rentre donc dans la catégorie des affections à évolution stationnaire. La durée est extrêmement variable. Il varie de quelques heures à plusieurs jours, voire même à plusieurs mois. Dans l'observation de Strassmann, le mutisme dure cinq heures environ. En général, le mutisme hystérique disparaît comme il était venu, c'est-à-dire brusquement.

Cette disparition est souvent totale, le malade recouvrant complètement l'usage de la parole; mais souvent aussi cette disparition se fait pour ainsi dire d'une manière progressive. Le malade commence à bégayer, refait pour ainsi dire l'éducation de son centre moteur, et ne recouvre l'usage complet de la parole qu'après un temp de *convalescence* plus ou moins long. Quoi qu'il en soit de ces modes de terminaison, la guérison est la règle dans le mutisme hystérique. Sous l'influence d'un moyen quelconque,

la parole revient, de même que reviennent les mouvements dans les membres paralysés et que disparaissent les contractures musculaires, la paralysie faciale et le spasme de la langue.

#### IV

Dans l'hystérie, les complications et les symptômes tendent à se confondre. Les cas sont nombreux où une hystérie, absolument cachée est dévoilée par l'éclosion subite d'une hémiplégie, d'une contracture ou d'une chorée rythmique. Les stigmates n'existent point toujours ou du moins, ils ne sont point toujours faciles à mettre en évidence, et on ne reconnaît l'hystérie que parce que l'individu a été subitement frappé d'hémiplégie avec tous les caractères que celle-ci prend dans l'hystérie. Ici, la complication devient donc symptôme et symptôme important.

Le mutisme, qui est lui aussi un accident, une complication de l'hystérie, peut également exister à l'état isolé. Il faut donc savoir le reconnaître et par contre-coup reconnaître la névrose de l'individu devenu subitement muet. Certes, le problème peut quelquefois être fort difficile à résoudre. Dans notre cas, il nous aurait été fort difficile de penser à autre chose qu'à l'hystérie. Il y avait là un luxe d'accidents et de stigmates hystériques qui rendaient toute discussion inutile. Il en est de même dans les 14 cas sur 23 que nous eûmes à examiner.

Mais le mutisme peut exister à l'état isolé, sans

aucune autre manifestation hystérique, sans aucun stigmate facilement tangible. La confusion pouvait alors exister, et le médecin non prévenu pourrait à la rigueur considérer cet accident comme la traduction clinique d'une lésion organique d'un hémisphère cérébral. Or, on n'a qu'à parcourir les observations du professeur Charcot, et celles consignées dans notre thèse, et l'on verra que ce ne sont point les caractères distinctifs qui manquent. L'aphasie motrice hystérique est totale, absolue. Dans l'aphasie organique, il est rare d'observer une perte complète de la parole; habituellement la perte de la mémoire ne porte que sur certains mots, ou sur certaines notions. Un mot peut être employé à la place d'un autre (paraphasie), et lorsque l'aphasie organique est absolue, le malade a toujours à sa disposition des sons ou des syllabes bizarres qu'il émet avec plus ou moins de facilité.

Même dans les grosses lésions cérébrales, l'aphasie motrice, qui peut être complète, se prête encore facilement à un diagnostic différentiel. A côté des phénomènes propres à l'affection même (hémorrhagie cérébrale etc.), on rencontrera dans ce cas de l'agraphie, de l'alexie et une diminution de l'intelligence, autant de manifestations qui n'existent presque jamais dans l'aphasie motrice hystérique.

Le muet hystérique reste intelligent; il se fait très bien comprendre par sa mimique expressive, et par son écriture plus ou moins parfaite suivant l'éducation qu'il a reçue. Il lit et comprend ce qu'il lit. Il

écrit aussi exactement et aussi couramment qu'à son état normal.

En somme, le mutisme hystérique est la réalisation la plus complète, nous disons idéale, de l'aphasie motrice, l'aphasie de Bouillaud-Broca, et c'est précisément cette perfection même qui doit mettre l'observateur en éveil.

L'exemple suivant emprunté à M. Charcot (1) illustrera, mieux que toute description, notre chapitre du diagnostic.

« Un jeune espagnol, raconte M. Charcot, me fut présenté comme atteint, depuis plus d'une année, d'épilepsie syphilitique. Naturellement il avait été traité comme tel. De plus on ajoutait que souvent, à la suite de ses attaques, il restait aphasique pendant plusieurs jours. Lorsque je le vis, il était justement en proie à l'un de ces accès de prétendue aphasie. J'abordai le malade, et il me fit signe, en portant la main à sa gorge, geste ordinaire des muets hystériques en pareille occurrence, qu'il lui était impossible d'articuler un seul mot. « Parlez à voix basse, lui dis-je » ; à peine put-il esquisser avec les lèvres quelques mouvements silencieux d'articulation. « Criez, lui dis-je enfin », il ne put émettre aucun son. Entre temps, j'avais pu rapidement constater qu'il était possible au malade de tirer la langue, souffler et siffler comme dans les conditions normales.

(1) Charcot. Œuvres complètes, vol. III, p. 429.

« Sur ces entrefaites, poussé et impatienté par mes questions, mon jeune espagnol s'était emparé d'une plume et me donnait par écrit, avec une promptitude remarquable, quelques détails de son histoire, aussi clairement qu'il m'était possible de le désirer, bien qu'il écrivit en français et non dans sa langue maternelle.

« Mon diagnostic était fixé et depuis quelque temps déjà : « c'est un hystérique » dis-je à mon confrère. »

L'examen ultérieur confirma du tout au tout le diagnostic de M. Charcot.

On recherchera les stigmates hystériques ; il est inutile de les énumérer ici ; avec les stigmates et les caractères du mutisme le diagnostic pourra presque toujours être fait.

Quant à la simulation, elle n'est que trop souvent fondée sur l'ignorance du médecin (1) ; il est assez facile de la dépister. Peu de simulateurs dit M. Charcot, seraient de force à réunir et à exhiber dans un but de supercherie tous les symptômes du mutisme hystérique, sans rien retrancher, sans rien ajouter de leur propre cru à cette symptomatologie si complexe et si spéciale à la fois. Comme tous les accidents psychiques de l'hystérie, le mutisme hystérique tient à une lésion dynamique de l'écorce grise des hémisphères cérébraux. Cette théorie est applicable à toutes les affections hystériques qui naissent

(1) Charcot, *loc. cit.*, p. 432.

sous l'influence d'une cause occasionnelle, telle qu'une violente émotion, un traumatisme, etc.

Quant au traitement il ne saurait être que psychique. La suggestion des malades, la démonstration qu'ils peuvent, qu'ils doivent parler, toutes les ressources enfin de l'influence morale seront mises en jeu, mais le plus souvent le mutisme cesse brusquement, à un moment où l'on s'y attend le moins.

---

## CONCLUSIONS

---

1° Le mutisme hystérique, mieux connu depuis les travaux de M. le professeur Charcot, s'observe maintenant avec une certaine fréquence ;

2° Il se caractérise par de l'aphonie et de l'aphasie motrice ; *l'individu frappé de mutisme hystérique est dans l'impossibilité absolue d'articuler un mot même à voix basse ou chuchotant ;*

3° L'agraphie, la cécité, la surdité verbales ne se rencontrent point dans le mutisme hystérique ; toutefois, dans une observation de M. Charcot, il existait une agraphie relative ;

4° Le mutisme hystérique semble s'accompagner souvent de paralysie faciale et de spasme lingual, d'origine hystérique ;

5° Dans le mutisme hystérique, l'intelligence et la mimique sont presque toujours conservés d'une manière intacte ;

6° Le mutisme hystérique apparaît le plus souvent soudainement, à la suite d'une émotion plus ou moins forte ; il acquiert d'emblée tout son développement,

dure un temps plus ou moins long et disparaît avec la même soudaineté qu'il a mise pour éclore ;

7° Toutefois, le mutisme hystérique est, dans certains cas, précédé ou suivi par le bégaiement hystérique ;

8° Dans notre première observation, la malade, atteinte de mutisme hystérique, pouvait chuchoter ;

9° Des phénomènes moteurs accompagnent le mutisme hystérique dans la proportion de 60 0/0.

---

Vu : Le Doyen,  
BROUARDEL.

Vu : Le Président de la Thèse,  
DEBOVE.

Vu et permis d'imprimer :  
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,  
GRÉARD.







